Clínica RicardoPalma
PlanSalud

Solicitud de desafiliación
Contrato PlanSalud

Lima, ... de ..... 20 ..... N° de Contrato: .....

Por medio del presente documento, solicito la anulación de mi contrato PlanSalud de la Clínica Ricardo Palma, renunciando a partir de esta fecha a todos los beneficios que este otorga.

Datos del Titular y/o Responsable de Pago:	
DNI /CE / RUC:	Correo: .....

Agradeceremos responder las siguientes preguntas:

1. ¿La decisión de desafiliarse de PlanSalud corresponde a la adquisición de un nuevo seguro de salud?

☐ NO ☐ SI

☐ EPS (Por Trabajo) ☐ Privado ☐ De otra clínica ☐ Essalud / Estado

2. ¿Usted se encuentra en desacuerdo con las condiciones de PlanSalud? por motivos de:

☐ Alto costo de prima ☐ Beneficios ☐ Pre-existencias ☐ Otros desacuerdos

Especificaciones u otros:

.....

3. ¿Usted se encuentra insatisfecho por alguna atención u otros?

☐ Resolución de quejas y/o reclamos ☐ Mal asesoramiento de promotores / asesores

☐ Mal trato del personal Médico ☐ Mal trato del personal Administrativo

Motivos personales:

☐ Confidencial ☐ Viaje ☐ Fallecimiento

Especificaciones u otros:

.....

4. Confirma si el presente contrato se encuentra asociado al proceso de débito automático

☐ NO ☐ SI ☐ Desafiliar a partir de / /

IMPORTANTE:

- El presente documento debe ser solicitado únicamente por el Contratante o Representante Legal, adjuntar imagen/copia de documento de identidad.
- Este formulario podrá ser presentado de forma física o virtual y carecerá de valor si no existe conformidad de la recepción.
- La DESAFILIACIÓN del contrato debe ser solicitada 15 días previos al próximo vencimiento de cuota y no deberá mantener cuotas pendientes de pago tal como lo señala la Cláusula Vigésima.
- Se procederá con la programación de la Desafiliación según el fin de vigencia señalado en el cronograma de pagos. Solo en los casos dee fallecimiento se ejecutará la desafiliación inmediata.
- Si en el transcurso de la desafiliación, recibimos un pago asociado al concepto de contrato, este no estará sujeto a devolución; por consiguiente, la desafiliación se reprogramaría para el siguiente fin de vigencia.

.....

Firma contratante / Representante legal

DNI: .....